

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1940

N°

222

# THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**Fernand GARNIER**

*né le 19 Mars 1912 à Chavin (Indre)*

---

**Contribution à l'Etude**

de la

**Céphalée chez l'Enfant d'âge scolaire**

---

*Président : M. le Professeur NOBÉCOURT*

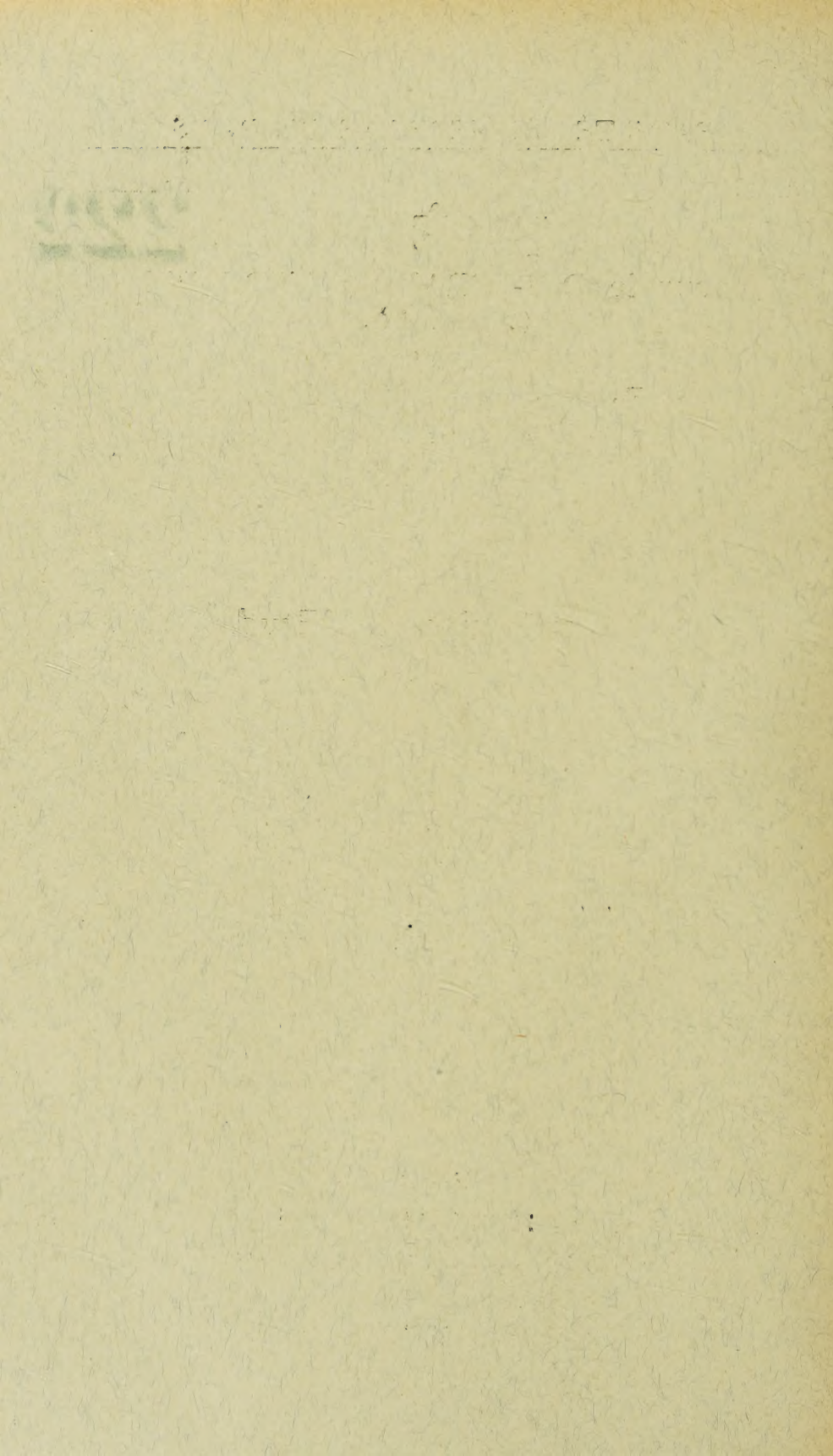
---

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDEITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—  
1940



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1940

N° .....

**THÈSE**  
pour le DOCTORAT en MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

PAR

**Fernand GARNIER**

*né le 19 Mars 1912 à Chavin (Indre)*

---

**Contribution à l'Etude**  
de la  
**Céphalée chez l'Enfant d'âge scolaire**

---

*Président : M. le Professeur NOBÉCOURT*

---

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—  
1940

## I. — PROFESSEURS

|                                                                     |     |                        |
|---------------------------------------------------------------------|-----|------------------------|
| Anatomie .....                                                      | MM. | ROUVIERE.              |
| Physiologie .....                                                   |     | Léon BINET.            |
| Physique médicale .....                                             |     | STROHL.                |
| Chimie médicale .....                                               |     | POLONOVSKI.            |
| Bactériologie .....                                                 |     | Robert DEBRÉ.          |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  |     | BRUMPT.                |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         |     | BAUDOUIN.              |
| Pathologie médicale .....                                           |     | PASTEUR-VALLERY-RADOT. |
| Pathologie chirurgicale .....                                       |     | MONDOR.                |
| Anatomie pathologique .....                                         |     | LEROUX.                |
| Histologie .....                                                    |     | CHAMPY.                |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             |     | TIFFENEAU.             |
| Thérapeutique .....                                                 |     | AUBERTIN.              |
| Hygiène et médecine préventive .....                                |     | TANON.                 |
| Médecine légale .....                                               |     | BALTHAZARD.            |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    |     | LÉVY-VALENSI.          |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          |     | Henri BÉNARD.          |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      |     | CHIRAY.                |
| Clinique Médicale .....                                             |     | ABRAMI.                |
|                                                                     |     | FIESSINGER.            |
|                                                                     |     | LOEPER.                |
|                                                                     |     | RATHERY.               |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    |     | LEREBOULLET.           |
| Clinique des maladies des enfants .....                             |     | NOBÉCOURT.             |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... |     | LAIGNEL-LAVASTINE.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               |     | GOUGEROT.              |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      |     | GUILLAIN.              |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            |     | LEMIERRE.              |
|                                                                     |     | CUNÉO.                 |
| Clinique chirurgicale .....                                         |     | GOSSET.                |
|                                                                     |     | GRÉGOIRE.              |
|                                                                     |     | LENORMANT.             |
| Clinique ophtalmologique .....                                      |     | VELTER.                |
| Clinique urologique .....                                           |     | CHEVASSU.              |
|                                                                     |     | COUVELAIRE.            |
| Clinique d'accouchements .....                                      |     | JEANNIN.               |
|                                                                     |     | LÉVY-SOLAL.            |
| Clinique gynécologique .....                                        |     | MOCQUOT.               |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 |     | OMBRÉDANNE.            |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               |     | HARVIER.               |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             |     | LEMAITRE.              |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           |     | Pierre DUVAL.          |
| Clinique propédeutique .....                                        |     | Maurice VILLARET.      |
| Clinique de la tuberculose .....                                    |     | TROISIER.              |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                |     | MATHIEU.               |
| Clinique de cardiologie .....                                       |     | LAUBRY.                |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   |     | Clovis VINCENT.        |
| Assistance médico-sociale .....                                     |     | N...                   |
|                                                                     |     | HAZARD                 |
| Professeurs sans chaire .....                                       |     | MULON.                 |
|                                                                     |     | OLIVIER.               |
|                                                                     |     | SANNIÉ.                |
|                                                                     |     | VERNE.                 |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

|                                       |               |                          |
|---------------------------------------|---------------|--------------------------|
| MM.                                   | MM.           |                          |
| AMELINE .... Pathologie chirurgicale. | COSTE .....   | Pathologie médicale.     |
| BARIÉTY .... Pathologie médicale.     | COUVELAIRE    |                          |
| BERNARD (E.). Pathologie médicale.    | (Roger) ....  | Urologie.                |
| BEZANÇON (J.). Hydrologie.            | DELARUE ...   | Anatomie pathologique.   |
| BONNET .... Bactériologie.            | DELAY .....   | Pathologie médicale.     |
| BOULANGER .... Chimie.                | DEGREZ (H.).. | Physique.                |
| BOULIN .... Pathologie médicale.      | DESOILLE ...  | Médecine légale.         |
| BROUET .... Pathologie médicale.      | DIGONNET ..   | Obstétrique.             |
| BULLIARD .... Histologie.             | DOGNON .....  | Anatomie.                |
| CACHERA .... Pathologie médicale.     | FUNCK .....   | Pathologie chirurgicale. |
| CORDIER .... Physique.                | GALLIARD ...  | Parasitologie.           |

## II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

|                           |                           |               |                          |
|---------------------------|---------------------------|---------------|--------------------------|
| MM.                       |                           | MM.           |                          |
| MARCHIN .....             | Pathologie médicale.      | MARCHAL ...   | Pathologie chirurgicale. |
| M <sup>me</sup> GAUTHIER- |                           | MÉNÉGAUX ..   | Pathologie chirurgicale. |
| VILLARS ...               | Anatomie pathologique.    | MOLLARET ..   | Pathologie médicale.     |
| MAYET .....               | Physiologie.              | MOUQUIN ....  | Pathologie médicale.     |
| DE GENNES ..              | Pathologie médicale.      | PATEL .....   | Pathologie chirurgicale. |
| PIROUD .....              | Histologie.               | PETIT-DUTAIL- |                          |
| HAGUENAU ..               | Pathologie médicale.      | LIS .....     | Pathologie chirurgicale. |
| HALPHEN ....              | Oto-rhino-laryngologie.   | RENARD .....  | Ophtalmologie.           |
| JOANNON ....              | Hygiène.                  | RICHET .....  | Physiologie.             |
| LACOMME ....              | Obstétrique.              | SÈNEQUE ....  | Pathologie chirurgicale. |
| LANTUÉJOUL..              | Obstétrique.              | SICARD .....  | Pathologie chirurgicale. |
| LAVIER .....              | Parasitologie.            | SOULIE .....  | Pathologie médicale.     |
| LELONG .....              | Pathologie médicale.      | SUREAU .....  | Obstétrique.             |
| LEMAIRE ....              | Pathologie expérimentale. | TURPIN .....  | Pathologie médicale.     |
| M <sup>me</sup> J. LÉVY.. | Pathologie médicale.      | WILMOTH ....  | Pathologie chirurgicale. |
| LENEGRE ....              | Pharmacologie.            |               |                          |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

|              |                          |              |                          |
|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| MM.          |                          | MM.          |                          |
| ALGLAVE .... | Pathologie chirurgicale. | LARDENNOIS.. | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET .... | Pharmacologie.           | LE LORIER .. | Obstétrique.             |
| CHAILLEY-    |                          | NEVEU-       |                          |
| BERT .....   | Physiologie.             | LEMAIRE ..   | Parasitologie.           |
| GUÉNIOT .... | Obstétrique.             | VAUDESCAL .. | Obstétrique.             |
| HEITZ-BOYER. | Pathologie chirurgicale. |              |                          |

## IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

|               |                          |             |                          |
|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| MM.           |                          | MM.         |                          |
| ALAJOUANINE.  | } Clinique médicale.     | BASSET.     | } Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ.        |                          | BROCC.      |                          |
| CATHALA       |                          | CADENAT.    |                          |
| CHABROL.      |                          | GATELLIER.  |                          |
| CHEVALLIER    |                          | DE GAUDART  |                          |
| GASTINEL      |                          | D'ALLAINES. |                          |
| DONZELOT.     |                          | MOULONGUET. |                          |
| DUVOIR.       |                          | QUÉNU.      |                          |
| HUGUENIN      |                          | MOURE.      |                          |
| LAROCHE (G.). |                          |             |                          |
| LIAN.         |                          |             |                          |
| MOREAU        |                          |             |                          |
| PIÉDELIEVRE.  |                          |             |                          |
| SÉZARY.       |                          |             |                          |
| MM.           |                          |             |                          |
| ECALLE.       | } Clinique obstétricale. |             |                          |
| METZGER.      |                          |             |                          |
| VIGNE.        |                          |             |                          |
| PORTES.       |                          |             |                          |

## V. — CHARGES DE COURS

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| MM.                    |                      |
| CHAILLEY-BERT, agrégé. | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....    | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....            | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....       | Puériculture.        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MON PERE

*Faible témoignage de mon affection; pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.*

MEIS ET AMICIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

Professeur de Clinique Médicale des Enfants  
Membre de l'Académie de Médecine  
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
Thèse ; qu'il veuille bien trouver ici  
l'expression de notre profonde reconnaissance.*

A NOS MAITRES  
DE L'ECOLE DE PLEIN EXERCICE  
ET DE L'HOPITAL BRETONNEAU DE TOURS

*Qui, pendant toute la durée de nos études, n'ont cessé, par leur haut enseignement, de nous faire aimer la médecine et guider nos premiers pas sur le chemin de notre profession naissante.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUDEAU

*Dont les conseils avertis ont toujours dirigé nos premiers contacts avec les malades et qui sut nous les faire aimer.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR DENOYELLE

*Qui sut rendre intéressant et attrayant le domaine particulièrement ingrat de la Pédiatrie.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNIN (*Phtisiologie*)

*Dont les leçons du plus haut intérêt furent toujours très appréciées et très suivies.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUMET-LOUIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIALLE A.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUC

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAIX

A NOS MAITRES  
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## AVANT-PROPOS

Il est nécessaire, tout d'abord, de bien spécifier ce que nous voulons entendre par céphalée chez l'enfant à l'âge scolaire.

Parfois, un enfant rentre de classe se plaignant d'un malaise général et surtout d'une céphalée intense. Sa température atteint ou dépasse 39°. Souvent, il a vomi, ses yeux sont cernés, il paraît fatigué.

Le plus souvent, il s'agit alors d'un syndrome aigu, épisodique, chez un enfant n'ayant jamais présenté de phénomènes analogues. La céphalée ne constitue qu'un symptôme plus ou moins important d'une affection causale.

Les pyrexies aiguës, maladies éruptives de la deuxième enfance, toutes les manifestations infectieuses aiguës peuvent provoquer, à leur stade initial, une céphalée transitoire. Des manifestations infectieuses locales, furoncles de la face, erysipèle, zona facial, peuvent également déterminer un mal de tête dont le diagnostic étiologique est rapidement évident.

Une céphalée diffuse, frontale ou en casque, qui se prolonge, se répète, apparaît dès le réveil et même

empêche le sommeil, si elle s'accompagne de torpeur, de troubles digestifs et d'un état fébrile avec fièvre progressivement croissante, doit toujours faire suspecter la dothiéntérie que les examens de laboratoire permettront de dépister avant la seconde période et l'apparition des plaques rosées.

Lors des atteintes de méningites infectieuses aiguës, la douleur est violente, incessante, exaspérée par les mouvements, le bruit, la lumière. L'examen révèle une certaine raideur de la nuque, les signes de Kernig et de Brondzinsky sont positifs, il existe des troubles vaso-moteurs, parfois des troubles respiratoires. La fièvre est élevée.

La douleur cranienne intense, avec vomissements, convulsions, signes méningés très accentués, hyper-réflexivité marquée, débutant brusquement en été, pourra faire redouter l'hémorragie méningée par insolation. L'apparition, les jours suivants, d'albuminurie massive et les résultats de la ponction lombaire pourront alors confirmer le diagnostic.

Dans tous ces cas, la céphalée, quelle que soit son intensité ou sa durée, ne constituera qu'un phénomène aigu épisodique, dont l'importance va s'atténuant au fur et à mesure que se précisent les autres éléments essentiels du tableau clinique.

Ce ne sont pas ces syndromes aigus épisodiques qui retiendront notre attention, mais uniquement les cé-

phalées *habituelles* évoluant d'une façon plus ou moins rythmique, la plupart du temps sans fièvre.

Il nous a paru utile de faire une différenciation qui, *à priori*, peut paraître un peu arbitraire, entre les céphalées sans localisation précise et les migraines à localisation hémicranienne. Il nous a semblé, que à côté de points communs, il y avait entre elles suffisamment de différences d'évolution dans les crises et peut-être de différences d'étiologie pour permettre cette distinction.

### CEPHALEES HABITUELLES

Un enfant est amené parce qu'il se plaint fréquemment de la tête. Tantôt, il occupe les premiers rangs de sa classe ; tantôt, il travaille peu ou péniblement ; la plupart présentent un trait commun : la diminution de la capacité d'effort physique, soit qu'ils montrent peu de goût pour les exercices du corps, soit que, désirant s'y livrer, ils ne le peuvent, car la fatigue survient très vite.

Cette céphalée, sans phénomènes fébriles marqués est d'intensité très variable. Tantôt, c'est une douleur plus ou moins diffuse, mais peu intense, gênant cependant tout effort intellectuel, mais compatible avec une certaine activité et ne déterminant pas de troubles digestifs notables ; tantôt, c'est une algie intolérable, entraînant une torpeur accentuée, s'accompagnant de vomissements, d'anorexie absolue, obligeant le jeune malade à demeurer allongé, silencieux, dans l'obscurité.

Cette céphalée survient à n'importe quel moment de la journée. Elle dure une heure, deux heures, une demi-journée. Presque toujours, elle cesse la nuit et

n'empêche pas le sommeil, mais souvent peut recommencer le lendemain, le surlendemain ou quelques jours après. Rarement localisée à un point très limité, le plus souvent elle occupe le front, pouvant s'étendre vers les tempes et l'orbite. Presque toujours bilatérale, parfois en bandeau, parfois en casque, il est rare que sa prédominance soit ressentie du côté de la nuque. Il est exceptionnel qu'elle soit unilatérale et, d'ailleurs, sa localisation peut, chez un même sujet, varier d'un jour à l'autre. La douleur est plutôt grative que lancinante.

Il y a tout d'abord lieu de s'assurer que cette céphalée est réelle. Il faut se méfier, en effet, des céphalées d'imitation que l'on a décrites sous le nom de céphalalgie neurasthénique ou hystérique : on les observe chez des enfants, et surtout des filles dont les mères se plaignent de maux de tête. Il faut également se méfier de la simulation, certains enfants essayant en effet d'obtenir la suppression de certaines classes ou de compositions, en se plaignant de douleurs de tête. Mais il ne faut pas croire, sans preuve, à la simulation. Nous avons connu un élève, fort brillant par ailleurs, qui, pour une raison quelconque, avait été pris en grippe par son professeur d'allemand. Au bout de quelque temps, il fut absent régulièrement toutes les fois qu'il y avait le matin classe d'allemand, ayant éprouvé, disait-il, de violents maux de tête. Cette régularité attira l'attention de ses camarades et du censeur d'autant qu'ils disparurent lorsque

l'élève obtint de sa famille d'étudier une autre langue vivante. Tout le monde croyait à la simulation. Or, cet élève, revu beaucoup plus tard, à une époque où il n'avait rien à dissimuler, nous déclara qu'en réalité, il avait une telle terreur de la classe d'allemand, source inéluctable pour lui de punitions, qu'il « n'en dormait pas la nuit précédente ». Sans prendre cette assertion à la lettre, il est évident qu'un sommeil anxieux pouvait suffire à provoquer une céphalée chez un individu par ailleurs fort nerveux. La vérification des signes objectifs qui accompagnent habituellement la douleur, troubles vaso-moteurs, yeux cernés, etc., permettent en général de dépister facilement la simulation.

Lorsque le jeune sujet ne se plaint qu'en fin de journée, habituellement en rentrant de classe, ou après avoir travaillé le soir, en éclairage artificiel, surtout si la céphalée est frontale et ne s'accompagne pas de signes digestifs, il y a lieu de vérifier s'il n'existe pas une anomalie oculaire : myopie, astigmatisme. Quelquefois, apparaît un syndrome spécial, l'asthénopie accommodative, qui a été décrite par Maurice PERRIN. Le port de lunettes correctrices amènera rapidement alors la sédation des céphalées. Chez d'autres sujets, la diminution de l'audition due à un catarrhe tubaire détermine un effort d'attention supplémentaire qui fatigue l'enfant et peut provoquer chez lui des céphalées vespérales répétées.

L'examen systématique oto-rhino-laryngologique sera, du reste, utile lors de céphalées tenaces. Une légère réaction congestive sinusale, insuffisante pour déterminer des phénomènes de sinusite vraie, peut provoquer des céphalalgies fréquentes, surtout accentuées à l'occasion d'un coryza.

La recherche méthodique de l'albumine dans les urines s'impose, surtout chez les enfants pâles, un peu bouffis, las facilement ; on songera, en effet, à l'albuminurie orthostatique ou cyclique. C'est beaucoup plus rarement, lorsque des poussées fébriles se produisent de temps à autre et qu'il existe dans les anamnétiques des troubles digestifs anciens qu'on pourra déceler une colibacillurie avec pyurie légère évoluant de façon chronique et révélée par l'examen cytot bactériologique des urines.

La constipation accentuée et durable des enfants mal surveillés peut provoquer un état toxémique dont la céphalée avec état saburral des voies digestives est le symptôme révélateur. On observe également des maux de tête fréquents chez les jeunes coliques, les enfants présentant des fermentations intestinales ou une infection légère, mais persistante, du gros intestin.

De même, les aérophages avec hoquet, renvois gazeux, gonflement épigastrique après le repas, accusent souvent des douleurs frontales s'accroissant lors des manifestations digestives.

Enfin, certains jeunes sujets pâles, anémiés, souvent tristes, travaillant mal et se plaignant de céphalalgies, sont de petits intoxiqués par des émanations délétères, comme l'oxyde de carbone, répandues dans la pièce mal aérée dans laquelle ils jouent, travaillent ou dorment.

Mais à côté de ces céphalées d'origine pourrait-on dire extrinsèque, il en est une qui a été particulièrement bien étudiée par MARFAN et dont le diagnostic étiologique est bien autrement délicat.

Elle ne reconnaît, en effet, aucune des causes que nous venons de signaler. Il n'existe ni myopie, ni astigmatisme, ni asthénopie, ou si l'une de ces anomalies oculaires existe, le port de verres correcteurs ne fait pas disparaître la céphalée. Aucun catarrhe tubaire ne diminue l'audition et l'on ne peut attribuer les maux de tête à l'effort supplémentaire d'attention nécessité par l'hypo-acousie.

Il n'y a pas davantage de signes de réaction congestive sinusale, ni d'irritation par l'hypertrophie des amygdales ou par des végétations adénoïdes, car l'ablation de ces amas lymphoïdes ne supprime pas la céphalée, ni même ne l'atténue. Elle est indépendante de l'alimentation, du mode de vie, du surmenage scolaire. Si le teint de ces céphalalgiques habituels est généralement pâle, il ne saurait s'agir d'intoxiqués par des émanations délétères, car l'examen du sang ne révèle que peu ou pas d'anémie, le dosage de

L'hémoglobine est normal, la médication ferrugineuse sans action.

Seule parmi les causes que nous avons précédemment signalées, l'albuminurie intermittente sous l'une de ses formes (orthostatique, de fatigue ou digestive), se rencontre assez fréquemment. Souvent, également, la tension artérielle des écoliers qui souffrent de cette céphalée est un peu abaissée (maxima, 9 à 10 au lieu de 11 à 12 ; minima, 5 à 6, au lieu de 6 à 7).

« Cette céphalée, dit Marfan, apparaît en général après la dixième année. Une fois établie, elle peut diminuer et même disparaître pendant des périodes plus ou moins longues ; elle reparait ensuite. Et les choses vont ainsi pendant des mois, voire des années. La céphalée cesse, en général, définitivement, avant 18 ans. Cependant, chez certains sujets, une disposition à souffrir de la tête persiste longtemps, parfois toute la vie. »

On a souvent attribué cette céphalée à cette constitution spéciale qu'on désigne en France sous le nom d'arthritisme ou de neuro-arthritisme, diathèse dont les manifestations sont la goutte, la lithiase, l'obésité, le diabète, les hémorroïdes, les migraines, l'asthme, l'eczéma, etc. Mais, fait remarquer Marfan, « si l'on recherche avec une certaine rigueur les stigmates de l'arthritisme chez les jeunes sujets qui souffrent de céphalée habituelle ou chez les membres de leur famille, bien souvent, on ne les trouve pas. Aussi, sans

nier que l'arthritisme puisse être la cause de cette céphalée, on est en droit de douter qu'il occupe une place importante dans son étiologie.

« Lorsqu'il est possible de procéder à une enquête suffisante et d'exécuter certaines explorations, une notion se dégage : chez la plupart des jeunes sujets qui souffrent de cette forme de céphalée habituelle, on découvre soit une tuberculose à évolution occulte, soit une ascendance syphilitique. »

Un grand nombre d'entre eux ont une cuti-réaction positive, ce qui n'aurait pas grande signification, étant donné leur âge, mais cette cuti-réaction est généralement très intense. En outre, dans plus des deux tiers des cas où l'examen radiologique a pu être pratiqué, on trouve une exagération des ombres hilaires, des cicatrices fibro-calcaires dans la région parahilaire, quelques taches marbrées, plus rarement un voilage un peu diffus du poumon. Parfois, on trouve des manifestations de scrofulo-tuberculose guérie ou en évolution, ou une tuberculose de l'appareil locomoteur.

« On est ainsi conduit à penser, écrit Marfan, que, dans ces cas, la céphalée habituelle est en relation avec cette évolution curatrice, et sans doute immunisante, qu'elle en est comme une des rançons. »

Dans d'autres cas, à peu près aussi nombreux, il y aura lieu d'incriminer la syphilis congénitale. Sans trouver bien souvent de signes de certitude (kératite

interstitielle, dystrophies dentaires, périostose symétrique de la face antérieure des tibias, réactions de laboratoire positive), l'enquête sur les antécédents familiaux fait découvrir l'existence de la syphilis chez les parents ou les grands-parents ; ou bien les antécédents personnels mettent en évidence, au début de la vie, une anorexie persistante avec anémie, des vomissements habituels sans sténose du pylore. Parfois, on découvre des restes de rachitisme crânien.

En dehors de ces deux grandes causes, qui, parfois, s'associent, il est à présumer que toutes les affections chroniques qui évoluent à la période prépubère et pubère, dans un organisme en état de défense efficace, sont susceptibles de provoquer la céphalée habituelle. Mais à l'heure présente, seules sont bien établies l'action de la tuberculose et celle de la syphilis.

Mais comment tuberculose et syphilis peuvent-elles produire la céphalée habituelle ? Il faut d'abord considérer que cette céphalée apparaît en général entre 11 et 13 ans, qu'elle persiste des mois et des années avec des périodes alternées d'exacerbation et d'atténuation, voire de disparition transitoire, et qu'elle cesse, en général, définitivement avant la dix-huitième année. Elle coïncide donc avec une phase très spéciale de l'évolution : période prépubère, établissement de la puberté, achèvement de la croissance et du développement de la fonction génitale.

Parmi les glandes qui participent à la formation

génitale et à l'achèvement de la croissance, une place de premier rang doit être attribuée à l'hypophyse. Or, la céphalée est un symptôme de presque toutes les affections de l'hypophyse.

Quelles altérations de l'hypophyse peuvent produire la céphalée ? Ici, les auteurs ne sont pas d'accord. HUTINEL avait remarqué, dans quelques cas, sur des radiographies, un élargissement de la selle turcique. CARNOT, CAROLI et CACHERA, d'autres encore, attribuent la céphalée à une défaillance de l'hypophyse postérieure ou de la glande totale. MATHIEU et COLLISSON incriminent, au contraire, un excès de fonctionnement de l'hypophyse postérieure ou de la glande totale. Pour SÉDILLOT, il s'agirait d'une action plus mécanique que biologique. Pour cet auteur, il s'agirait d'un trouble circulatoire, d'une hyperémie qui gonfle la glande et détermine sa compression dans la selle turcique, loge inextensible. On peut supposer alors que l'hypophyse, fonctionnant avec une activité spéciale lors des périodes prépubère et pubère, s'hyperémie facilement sous la stimulation d'un processus d'infection occulte en évolution curatrice.

Une seconde hypothèse a été suggérée par MARFAN. « Quatre glandes endocrines, écrit-il, participent principalement à la formation génitale et à l'achèvement de la croissance : les glandes sexuelles, l'hypophyse, le corps thyroïde et les capsules surrénales. Pendant la grande enfance et l'adolescence, les hor-

mones élaborées par ces glandes ont sans doute une activité spéciale. Il en résulte un état humoral particulier que j'ai proposé d'appeler l'*éphébocrasie*. Chez les sujets entièrement normaux, cet état ne détermine aucun trouble, sauf peut-être l'acné juvénile. Mais, chez les autres, il favorise l'apparition de certains désordres. La combinaison de l'éphébocrasie et des modifications humorales déterminées par des infections chroniques occultes aboutit à un complexe humoral capable de déterminer la céphalée et sans doute aussi les troubles qui lui sont le plus souvent associés, l'hypotension artérielle, la diminution de la capacité de l'effort physique, l'albuminurie intermittente. »

L'asthénie, l'hypotension artérielle paraissent bien en rapport avec une insuffisance de l'hypophyse et des capsules surrénales ; celles-ci peuvent devenir moins imperméables à l'albumine du sang, ce qui expliquerait la coexistence assez fréquente de la céphalée et de l'albuminurie intermittente juvénile. MARFAN a, du reste, obtenu de bons résultats thérapeutiques en donnant concurremment de l'extrait hypophysaire total et de l'extrait surrénal (0 gr. 20 de chaque quotidiennement pendant 15 jours, cure répétée de temps en temps). Il associe cette médication à une thérapeutique antituberculeuse ou anti-syphilitique, lorsque l'enquête sur les causes lui permet d'attribuer la céphalée habituelle à une tuberculose ou une syphilis occulte.

## MIGRAINE

Sans pouvoir être séparée des céphalées infantiles, la migraine présente, chez l'enfant d'âge scolaire, une allure clinique et probablement une étiologie différentes.

La crise de migraine est caractérisée par une douleur intense, souvent nettement localisée à un côté de la tête, fronto-temporale ou même fronto-occipitale, se reproduisant d'habitude toujours du même côté.

Tantôt, le jeune malade est pâle, les yeux cernés, la pupille dilatée, la peau sèche : c'est la migraine blanche, ainsi que l'a qualifiée DU BOIS-RAYMOND, en 1860. Tantôt, au contraire, le visage est vultueux et chaud ; il y a du myosis, des sueurs, un peu d'œdème et de coloration vineuse des paupières ; les conjonctives sont injectées avec, parfois, un certain degré de catarrhe oculo-nasal : c'est la migraine rouge (*Eulenburg, 1887*).

L'état de malaise et d'obnubilation intellectuelle est accentué, l'enfant recherche le silence et l'obscurité, sa démarche est hésitante, il se plaint de sen-

sation vertigineuse et se refuse à tout effort. Dans certaines formes accentuées, la torpeur a pu aller jusqu'à simuler un coma incomplet. La photophobie est commune. Les signes digestifs sont souvent prépondérants : anorexie absolue pendant toute la crise, langue saburrale, sensation nauséuse ; habituellement, le vomissement est tardif et libérateur. Cependant, quelques jeunes malades présentent des vomissements répétés, apparentant la crise migraineuse aux vomissements cycliques avec acétonémie. Il existe, du reste, une parenté morbide entre ces deux syndromes et les limites qui les séparent sont parfois assez difficiles à préciser.

Une douleur abdominale intense accompagne parfois les vomissements, mais elle n'est en rapport ni avec leur fréquence, ni avec leur intensité. Lorsqu'elle constitue une manifestation isolée, il est difficile de la rattacher à sa véritable cause. Cependant, il est exceptionnel qu'elle n'ait pas été précédée par des crises typiques de migraine. R. DÈBRE et R. BROCA ont ainsi décrit une migraine à forme abdominale, migraine sans céphalée. Mais ce qui permet de différencier le diagnostic d'une réaction appendiculaire ou péritonéale, c'est que le ventre demeure souple, la respiration normale, qu'il n'y a pas de zone d'hyperesthésie cutanée, de résistance de la paroi, et que la température est normale.

L'évolution de la crise est variable. L'accès débute à n'importe quel moment du nycthémère, mais plus habituellement le matin. Parfois, il est annoncé par de légers prodromes digestifs ou nerveux : l'enfant couve sa migraine. Le plus souvent, le début est brusque.

La durée de la crise est variable selon les sujets ; souvent, après une ou deux heures de repos, soit spontanément, soit sous l'action d'un médicament, le malade s'endort, et, au réveil, l'algie a disparu, laissant un degré variable de fatigue. Chez certains sujets, la sédation est lente, chez d'autres, la terminaison se marque par une véritable crise sudorale ou urinaire ou même par une débâcle diarrhéique. En tous cas, la guérison est absolue ; parfois même, pendant la période qui suit la crise, l'enfant paraît particulièrement bien portant, comme s'il était soulagé par sa migraine. La répétition des crises est imprévisible. Tantôt, elles paraissent obéir à un certain rythme, le plus souvent elles se reproduisent irrégulièrement. Leur intensité est également sujette à variations. L'aspect divers des crises permet de leur décrire de nombreuses formes cliniques : crises frustes, courtes, intenses, pseudo-péritonéales, vertigineuses, comateuses, etc. Les formes atténuées sont fréquentes : l'enfant présentant essentiellement une douleur héli-cranienne avec légère obnubilation intellectuelle, inaptitude au travail et anorexie durant quelques heures.

Plus spéciale est la migraine ophtalmique dans laquelle le début de la crise est marqué par l'apparition dans le champ visuel, d'un scotome scintillant, bientôt suivi d'un scotome véritable, puis, apparition d'une céphalalgie orbitaire, s'étendant, aux régions temporale et occipitale.

Tandis que dans la céphalée habituelle l'hérédité neuro-arthritique ne semblait pas jouer un rôle prépondérant, il n'en est plus de même pour la migraine. Fréquemment, l'hérédité est similaire ou homologue. COMBY note cette hérédité 19 fois sur 20 cas observés. NOBÉCOURT ne la retrouve que 3 fois sur 9 cas. Mais il trouve fréquemment une hérédité dissemblable et hétéromorphe, notant chez les ascendants et les collatéraux, l'existence de manifestations de la diathèse neuro-arthritique : asthme, lithiase rénale, lithiase hépatique, goutte, nervosisme, etc...

Dans 55 % des cas, NOBÉCOURT note que le poids est plus fort que la normale pour l'âge et la taille. Il existerait donc assez souvent une tendance à l'obésité.

Les troubles digestifs et hépatiques sont assez fréquents. NOBÉCOURT les trouve dans 6 cas sur 9. Ils sont, du reste, signalés par tous les auteurs. HUTINEL et BABONNEIX écrivent : « Presque tous les migraineux digèrent mal ; les uns ont de la dyspepsie flatulente, les autres de l'entéro-colite ; d'autres encore souffrent du foie. »

Parmi les manifestations arthritiques qui coïncident souvent avec la migraine, on peut encore signaler le nervovisme.

L'asthme est assez souvent intriqué avec la migraine.

Pour montrer la difficulté que présente parfois la pathogénie de la migraine, nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'observation d'une malade présentée par le professeur NOBÉCOURT à une leçon faite à l'Hôpital des Enfants Malades, le 16 juin 1928 et recueillie par le docteur Laporte :

Enfant née le 12 avril 1914 (14 ans et deux mois). Père bien portant ; sa mère, de santé délicate, a eu deux fausses couches. Elle est fille unique.

Elle est née à terme, avec un poids de 4 kilos, a été élevée au sein jusqu'à quatre mois, s'est développée régulièrement. A 6 ans, elle a eu la scarlatine, avec une albuminurie passagère. A 13 ans, elle a été soignée pendant un mois à l'Hôpital Saint-Louis pour des douleurs dans le genou droit accompagnées de fièvre.

A 12 ans et demi, elle a ses premières règles. Ses menstruations sont d'abord régulières, puis deviennent irrégulières dans leur fréquence et leur abondance.

En décembre 1927, à l'âge de 13 ans et 8 mois, elle est atteinte d'une urticaire généralisée avec conjonctivite et forte céphalalgie localisée du côté droit. Depuis ce moment, elle a, de temps en temps, des crises de céphalée.

La céphalalgie est sus-orbitaire ; elle augmente rapidement. L'œil du côté atteint rougit et devient douloureux. Assez souvent, surviennent des frissons ; quelquefois, la température s'élève à 38° ou 39°. Finalement, l'enfant éprouve une sensation de plénitude épigastrique et vomit environ deux verres d'un liquide jaune-verdâtre. Ces vomissements pénibles et douloureux marquent la fin de la crise. Celle-ci dure une heure ou deux.

C'est pour ces manifestations que l'enfant entre le 10 mai. Elle a 14 ans, sa taille est moyenne (151 centimètres) ; son poids un peu fort (46 kg. 500), de 12 % au-dessus de la moyenne de son âge. Elle est bien constituée ; le visage est coloré, les yeux sont vifs. La peau est pigmentée. Les signes de la puberté sont au complet ; les poils pubiens et axillaires sont fournis ; les seins sont forts, l'aréole du mamelon est large et très pigmentée.

L'examen des viscères et du système nerveux n'apprend rien de particulier. Les digestions sont normales. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Le pouls est à 80, la pression artérielle, au Vaquez, 14,5-10.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Le Bordet-Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Depuis son entrée, cette enfant a eu une fois ses règles ; les 16, 17 et 18 mai ; elles se sont passées régulièrement ; on a remarqué à ce moment que les conjonctives étaient injectées.

Quelques jours après, dans la nuit du 24 au 25 mai, débute une crise de migraine ; la céphalée est localisée à droite, l'œil droit est rouge, les vomissements de bile sont abondants. Cette crise dure deux jours.

Le réflexe oculo-cardiaque, le 23 mai, veille d'une crise de migraine, est peu augmenté ; avant la compression, on note 80 pulsations par minute ; pendant la compression, 60 ; le ralentissement est de 20.

Deux jours après, le 25 mai, en pleine crise de migraine, le pouls est à 120 avant la compression ; pendant la compression, il s'abaisse à 60. Le ralentissement est de 60 ; le réflexe est manifestement exagéré.

M. LEBÉE recherche l'action sur la pupille de la pilocarpine et de la cocaïne. Cette épreuve consiste à instiller sur une conjonctive 2 à 3 gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100, sur l'autre conjonctive, la même quantité d'une solution de nitrate de pilocarpine à 1 p. 100.

Le 23 mai, la veille d'une migraine, le jour où l'on a pratiqué la première épreuve du réflexe oculo-cardiaque, on fait les constatations suivantes : du côté de la cocaïne, la mydriase persiste pendant vingt-quatre heures, tandis qu'à l'état normal elle dure seulement de huit à douze heures ; du côté de la pilocarpine, le myosis dure huit heures, ce qui est normal.

Le 25 mai, pendant la crise de migraine, la mydriase à la cocaïne persiste trente heures, tandis que, au contraire, le myosis à la pilocarpine a la durée normale (huit heures et demie).

D'après les auteurs, l'exagération de la réaction à la cocaïne serait un signe d'hypersympathicotonie.

Le 23 mai, en l'absence de migraine, on note quelques signes d'hypervagotonie : une légère tachycardie (80 pulsations), la facilité de la transpiration, la tendance au froid et à la cyanose des extrémités ; du dermographisme. Il faut y joindre l'urticaire qu'a eue l'enfant, et la légère exagération du réflexe oculo-cardiaque (ralentissement du pouls de 80 à 60).

Le même jour, il existe quelques signes d'hypersympathicotonie : la facilité avec laquelle on provoque la chair de poule, la nervosité et enfin la longue durée (vingt-quatre heures) de la mydriase provoquée par la cocaïne.

Le 25 mai, pendant la crise de migraine, les signes d'hypervagotonie sont plus marqués. Ce sont : la tachycardie, la transpiration, le refroidissement des pieds et des mains, la cyanose du visage, la salivation, le dermographisme, le réflexe oculo-cardiaque (ralentissement du pouls de 120 à 60).

Parmi les signes d'hypersympathicotonie, nous trouvons un peu de tremblement, la nervosité plus grande, la longue durée (30 heures) de la mydriase provoquée par la cocaïne.

Somme toute, ces symptômes indiquent un désordre non systématisé, une dystonie du système autonome vago-sympathique. Ils sont plus caractérisés pendant la crise de migraine qu'en dehors d'elle.

Le 7 juin, M. LEBÉE recherche le métabolisme basal ; celui-ci est de 48 au lieu de 45 pour l'âge. Il est de 6,5 % au-dessus de la moyenne ; l'écart ne dépasse pas les limites des variations physiologiques.

M. VILENSKY étudie le sang.

Pendant les crises de migraine, il mesure une première fois, le 25 mai, 19.600 leucocytes et 87 polynucléaires neutrophiles % ; une seconde fois, le 2 juin, 11.600 leucocytes avec 80 polynucléaires %.

Le 4 juin, la migraine étant terminée depuis plus de vingt-quatre heures, il y a 6.500 leucocytes et 50 polynucléaires %.

Le 14 juin, l'enfant ayant de l'urticaire en voie de disparition, il y a 60.700 leucocytes avec 65 polynucléaires %.

A tous les examens, la proportion des polynucléaires éosinophiles est de 1 % ou 2 %.

Retenons la leucocytose et la polynucléose pendant les crises de migraine. A ce moment, l'enfant n'avait pas de fièvre.

M. VILENSKY recherche le choc hémoclasique, dont le professeur Widal a montré l'intérêt.

Le 31 mai, en dehors d'une crise de migraine, à 9 heures, la pression artérielle au Vaquez est de 14,5-9; on numère dans le sang 6.300 leucocytes, avec 69 polynucléaires et 11 mononucléaires %.

A 9 h. 15, on fait une injection sous-cutanée de 3 cc. de lait.

La pression maxima s'abaisse graduellement jusqu'à 12,5 au bout d'une heure ; puis elle remonte à 14,5 au bout de deux heures quinze ; la pression minima ne se modifie pas.

Le nombre des leucocytes se modifie d'abord peu. Il est, après quinze minutes, de 6.800 ; après une heure,

de 6.200. Puis il diminue : il est, au bout de une heure quarante-cinq, de 5.200 ; au bout de deux heures quinze, de 5.300. Ensuite, il remonte, au bout de deux heures quarante-cinq, à 6.300.

Les polynucléaires se maintiennent d'abord à 71, 72, 73 %. Au bout de deux heures quinze, ils tombent à 56 %. Au bout de deux heures quarante-cinq, ils remontent à 68 %. A la chute des leucocytes, correspond donc une chute des polynucléaires.

Les mononucléaires augmentent graduellement à 16 % au bout de quinze minutes, à 22 % au bout d'une heure, enfin à 31 % au bout de deux heures quinze, au moment de la chute des polynucléaires. Au bout de deux heures quarante-cinq, leur proportion est revenue à 12 %.

Donc, l'enfant a présenté un choc hémoclasique manifeste.

Le soir de l'injection de lait (31 mai), la température, qui était le matin de 36°9, s'élève à 38°6. Le lendemain, elle est de 37°9-38°6. Le lendemain, elle est de 37°9-38°6. Les jours suivants, elle redevient normale.

Le 1<sup>er</sup> juin, lendemain de l'injection, les urines sont sanglantes ; leur volume a diminué (700 cc. par vingt-quatre heures). Au microscope, M. Binot y trouve en grand nombre des hématies, des leucocytes, des cellules et des placards épithéliaux, ainsi que quelques cylindres granuleux ; il dose 0 gr. 30 d'albumine par litre.

Ce sont, somme toute des urines de néphrite hématurique.

Les urines gardent les mêmes caractères pendant les quelques jours qui suivent, puis elles augmentent de quantité et, le 5 juin, atteignent le litre.

La pression au Vaquez, qui, auparavant, était revenue à 14,5 pour la maxima et 5 pour la minima, s'abaisse à 12,5 et 12 pour la maxima, à 7,5, à 8, à 7 pour la minima.

Le cœur ne subit pas de modifications.

Le 7 juin, les urines cessent d'être sanglantes et la réaction de Meyer devient négative. Cependant, on dose environ 2 gr. d'albumine par litre.

Pendant ce temps, le pharynx est rouge, l'amygdale gauche est très grosse.

L'enfant a des crises de migraine, le 2 juin et le 5 juin. La céphalée siège une fois à droite, une fois à gauche. Elle est frontale et orbitaire. L'œil est injecté, la paupière bouffie et un peu cyanosée.

Pendant la première crise, apparaît une urticaire qui dure plusieurs jours. La disparition de l'hématurie n'est que passagère.

Le 7 juin, la fièvre reprend et s'élève jusqu'à 39°5 ; elle persiste ne diminuant jusqu'au 10 juin. Elle est due à une forte angine avec dysphagie, rougeur vive du pharynx, tuméfaction des amygdales et petite adénite sous-maxillaire.

Dès le premier jour, l'hématurie reprend. On note les mêmes modifications microscopiques de l'urine ; l'albumine y est de 2 grammes, 1 gramme, 0 gr. 60 par litre.

La pression artérielle reste faible : 11,5-6,5.

Pendant cette période fébrile, l'enfant a une urticaire généralisée, mais n'a pas de migraine. Actuellement, les urines sont toujours rouges, la pression artérielle toujours faible : 12-7 ; l'urticaire diminue.

L'enfant a pâli et maigri. Son poids est de 45 kg. 100. Tandis qu'il avait augmenté jusqu'à 48 kilos, le 27 mai.

Cette observation si complète montre bien quelles difficultés peuvent se présenter pour établir le diagnostic étiologique d'une migraine à l'âge scolaire.

En effet, chez cette malade, en dehors d'un poids un peu fort, mais qui n'excède pas les variations physiologiques normales, il n'existe aucun signe endocrinien appréciable. Le métabolisme basal est normal, normale a été l'évolution pubertaire ; le développement des caractères sexuels est régulier. De même, il n'existe ni troubles digestifs, ni troubles hépatiques. L'enfant n'a pas d'hérédité migraineuse, et, si sa mère a eu deux fausses couches, ce qui peut toujours faire songer à une hérédité spécifique, les réactions de laboratoire se sont montrées absolument négatives.

Ce que l'on trouve, en dehors des crises de migraine, ce sont des signes de dystonie du système autonome vago-sympathique, sans qu'il y ait prédominance nette de la vagotonie ou de la sympathicotonie. Cette dystonie s'accroît au moment des crises migraineuses, mais sans qu'il y ait de vagotonie ou de sympathicotonie plus accusée l'une que l'autre.

Par contre, on met en évidence une anaphylaxie vis-à-vis du lait : l'injection de 3 cc. de lait a déterminé un choc hémoclasique, suivi d'une crise de migraine et d'urticaire. Peut-être même ce choc a-t-il été pour quelque chose dans l'apparition de l'hématurie et de l'albuminurie consécutive, chez une enfant ayant déjà fait un peu d'albumine à la suite d'une scarlatine.

D'autre part, l'intrication de crises de migraine et de crises d'urticaire, ces deux manifestations évoluant, tantôt simultanément, tantôt chacune pour son compte, font penser que chez cette malade, il s'agit de phénomènes d'anaphylaxie alimentaire, probablement d'anaphylaxie pour le lait. Une observation présentée par René MATHIEU à la Société Médicale des Hôpitaux illustre bien ce cas. Il s'agissait d'une jeune fille de 14 ans présentant, depuis quatre ans, plusieurs fois par semaine, des crises de migraine, et, plusieurs fois par jour, des accès comitiaux. L'injection de lait provoque une crise hémoclasique fort nette. En supprimant le lait de l'alimentation, MATHIEU fit disparaître les migraines, sans que l'épilepsie en fût, d'aucune façon, influencée.

En effet, d'après PASTEUR-VALLERY-RADOT, « la migraine est un état de crise, c'est-à-dire une perturbation brusque de l'organisme. Elle est due à une vaso-constriction par excitation du sympathique. La douleur de la migraine simple serait causée par

l'angiospasme dans le territoire du trijumeau et de la dure-mère. La migraine ophtalmique serait due à l'angiospasme dans la région cortico-calcarine ».

Or, parmi les facteurs susceptibles de provoquer l'excitation du sympathique, un des plus importants est l'anaphylaxie, et principalement l'anaphylaxie alimentaire. Pour permettre sa réalisation, intervient un trouble hépatique. WIDAL a montré qu'il existe en pareil cas une insuffisance protéopexique du foie.

« Peut-être, ajoute NOBÉCOURT, l'anaphylaxie intervient-elle dans la migraine menstruelle par le passage brusque dans la circulation des produits de sécrétion des ovaires. Il ne faut pas méconnaître toutefois les connexions intimes entre l'ovaire et le sympathique ; il est possible que les troubles ovariens entraînent une perturbation directe du sympathique. Certaines causes rendent le sympathique plus irritable. L'hérédité est un de ces facteurs. »

Pendant la crise de migraine, le repos au lit, l'obscurité, le calme le plus absolu seront nécessaires. De même que dans la céphalée habituelle, on pourra utiliser l'aspirine, l'analgésine généralement associés à la caféine. Mais ce qui importe surtout, c'est l'établissement d'un régime désintoxiquant à prédominance végétarienne ou lacto-végétarienne. On agira aussi sur le système nerveux végétatif. En cas d'hypersympathicotonie, on prescrira l'hydrothérapie

chaude, les bromures, le *cratægus oxyacantha*, la gènesérine. En cas d'hypervagotonie, la génatropine.

Dans certains cas où il est utile de remédier aux troubles endocriniens, on aura principalement recours à l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne et au sang d'animaux éthyroïdés.

## CONCLUSIONS

I. — La céphalée à l'âge scolaire peut affecter deux formes principales :

1° La céphalée habituelle, généralement sans troubles digestifs marqués, sans localisation précise, mais à prédominance frontale ;

2° La migraine, à localisation fronto-temporale, mono-latérale et s'accompagnant de troubles viscéraux qui peuvent même exister seuls.

II. — La céphalée habituelle vraie évolue surtout sur un terrain de tuberculose ou de syphilis occulte paraissant favorable au développement de troubles endocriniens portant principalement sur l'hypophyse et les surrénales.

III. — La migraine paraît conditionnée par un terrain arthritique déterminant des irritations du système autonome vago-sympathique, sous-sympathique, sous l'influence probable de phénomènes anaphylactiques.

IV. — Au point de vue traitement, il y aura lieu de recourir, en plus des calmants ordinaires additionnés de caféine et utilisables dans les deux cas :

1° Dans la céphalée habituelle, au traitement de la tuberculose ou de la syphilis occulte et à l'emploi de l'opothérapie hypophyso-surrénalienne.

2° Dans la migraine, à un régime désintoxiquant, aux médicaments actifs vis-à-vis du système nerveux végétatif en tenant compte des modalités réactionnelles, et à l'emploi de l'opothérapie thyro-ovarienne ou thyro-orchidienne.

VU : *Le Président de Thèse,*  
NOBÉCOURT.

VU : *Le Doyen,*  
TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

BALYEAT et RINKEL H. L. — Allergie migraine in children. *Am. Journ. Dis. of Child.*, n° 42, novembre 1931

BARRE. — Céphalées des adolescents, III<sup>e</sup> Congrès des Sociétés françaises d'oto - neuro - ophtalmologie. Bordeaux, 18-20, mai 1929.

CARNOT, CAROLI et CANCHERA. — *Paris Méd.*, 12 novembre 1932, p. 392.

CARRIÈRE. — Les enfants qui ont mal à la tête, *Clinique de Méd. Infant.*, 15 juillet 1928, p. 358.

CURSCHMANN H. — Sui rapporti del vomito acetonemico periodico con la emierania, *Riforma Méd.*, n° 46, mai 1930, p. 679.

— La migraine infantile, *Wien. Méd. Wochenschr.*, n° 51, 1922.

DEBRE R. et BROCA R. — La migraine chez l'enfant et son équivalent abdominal. *Bull. Méd.*, n° 27, 6 juillet 1935.

DREYFUS-SEE G. — Les céphalées chez l'enfant. *Presse Méd.*, n° 97, 5 décembre 1934.

LIGHTWOOD R. C. — Headache in children. *Lancet*, 14 avril 1928, p. 770.

MARFAN. — Sur une forme de la céphalée habituelle des écoliers. *Presse Méd.*, n° 60, 27 juillet 1935, p. 1193.

- MATHIEU R. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 29 juillet 1921.
- MATHIEU et COLLISSON. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 décembre 1933, p. 1485.
- MORABITO. — L'emierania nell'infanzia. *Pediatria*, n° 34, 15 octobre 1929, p. 1139.
- NOBECOURT. — La migraine chez les enfants. *Clin. et Laborat.*, septembre 1928, p. 165.
- PASTEUR-VALLERY-RADOT. — IV<sup>e</sup> Réunion Neurologique internationale annuelle, Paris, 25-27 mai 1925.
- ROGER, SIMÉON et DENIZET. — Migraine à type otalgique chez un enfant. *Rev. Oto-Neuro-Ocul.*, n° 5, juillet 1927, p. 563.
- ROUECHE, LEVY-DEKER. — Céphalées et sinusite maxillaire latente chez l'enfant. *Méd. Infant.*, n° 2, février 1935.
- RUDI. — La cefalea nell'infanzia. *Pediatra Prat.*, n° 6, mai 1929, p. 147.
- SABRAZES. — Céphalée des adolescents. *Gaz. Hebd. Sc. Méd. de Bordeaux*, n° 36, 5 septembre 1926.
- SÉDILLOT. — *Monde Médical*, 15 décembre 1929.
- SEHERRY. — Headache in Infaney and Childhood. *Clinical Méd. and Surg.*, n° 10, octobre 1927, p. 759.
- SMITH P. S. — Cyclic vomiting and migraine in children. *Virginia Méd. Monthly*, n° 60, january 1934, p. 591.



